

OUTPATIENT MRI SCREENING

(외래환자 MRI 선별검사)

Korean

Patient or family member PRIOR to the MRI exam MUST fill out form completely.

MRI 검사 전에 환자분 또는 가족들은 이 서류의 작성을 반드시 완료해야 합니다.

Name(이름): _____ Date of Birth(생년월일) _____ Weight(체중): _____ Height(신장) _____

The following items can interfere with MR imaging and some can actually be hazardous to your safety.

Please check YES or NO if you have any of the following items:

다음의 항목들은 MRI 영상에 방해될 수 있고 어떤 것은 사실상 환자분의 안전에 위험이 될 수도 있습니다.

만일 아래의 어떠한 항목에 해당되는 것이 있으면 "예" 아니면 "아니오"에 표시해 주십시오:

YES(예) NO(아니오)

Have you ever had an MRI scan?

MRI 사진을 찍은 적이 있습니까?

Do you currently have an implanted Cardiac pacemaker or defibrillator?

현재 심장박동 조율기 또는 잔떨림제거기가 몸에 심어져 있습니까?

Have you ever had a Cardiac pacemaker or defibrillator removed?

심장박동 조율기 또는 잔떨림제거기

DO YOU HAVE 해당될 경우:

Aneurysm clips in brain? If yes, in which institution were they placed? _____

뇌에 동맥류 클립? 그럴 경우 어느 병원에서 넣었습니까?

Neurostimulator (*TENS Unit*), insulin pump or intrathecal pain pump (Circle all that apply)

경피신경자극기(경피성신경전기자극기)나 인슐린 펌프나 척추강 내의 통증펌프 (해당되는 것은 모두 동그라미)

Vascular clips or intravascular filters, coils?

혈관클립이나 혈관내 필터나 코일?

Coronary or abdominal stents?

관상동맥이나 복부 스텐트?

Nitroglycerin, nicotine, or any other medication patches on your body?

나이트로글리세린이나 니코틴이나 그 외의 다른 약 파스를 몸에 붙이고 있습니까?

A surgically placed shunts? If yes, is it programmable? **YES(예)** **NO(아니오)**

수술로 셉트를 넣었습니까? 그렇다면 프로그래밍할 수 있습니까?

Artificial heart valves

인공 심장판막

Breast tissue expanders?

유방조직 확장기

Any orthopedic hardware (*i.e. pins, rods, screws, nails, wires, or plates*)

정형외과용 쇠붙이 (예를들면 핀, 로드, 나사, 못, 철사, 아니면 판)

Artificial/prosthetic limb or joint replacement?

인공보형물이나 인공 의수족 아니면 대체관절

Penile Implant or IUD or diaphragm?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center

UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center

University of Washington Physicians Seattle, Washington

OUTPATIENT MRI SCREEN - KO

Page 1 of 3



U2393

UH2393KO REV JAN 20

YES(예) NO(아니오)

- 남근정형 또는 자궁내 피임장치 아니면 피임용 가로막
 Eye implants or tattoo eyeliner
눈 이식물이나 아이라이너 문신
- Body tattoos or piercings**
몸에 문신이나 피어싱
- Dentures? If yes, are they removable? YES(예) NO(아니오)**
틀니? 있을 경우 뺄 수 있는 것입니까?
- Any metal in your body such as shrapnel, gunshot wound, BB pellet?**
파편이나 총상상처나 BB 총알과 같은 쇠붙이가 몸안에 있습니까?
- Any pieces of metal in your eyes?**
눈안에 금속조각이 들어 있습니까?
- Have you ever in your lifetime been a metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?**
일생동안에 금속공, 연삭공, 용접공, 정비공 등등과 같은 취미생활을 했거나 종사한 적이 있습니까?
- Have you ever had surgery to your inner ear? Ear implants? YES(예) NO(아니오)**
Hearing aids? YES(예) NO(아니오)
속귀에 수술을 받은 적이 있습니까? 귀 이식물? 보청기?

QUESTIONS FOR GADOLINIUM CONTRAST ADMINISTRATION

가돌리늄 조영제 투여를 위한 질문

- Do you have any allergies? If yes, please list: _____**
알러지가 있습니까? 그럴 경우 기록해 주십시오:
- Are you allergic to MRI contrast? If yes, are you pre-medicated? YES(예) NO(아니오)**
MRI 조영제에 부작용이 있습니까? 그럴 경우 미리 약을 복용했습니까?
- Do you have kidney problems, decreased kidney function, or a family history of kidney problems?**
신장문제나 신부전증이나 신장문제의 가족력이 있습니까?
- Have you ever had Kidney surgery or been on dialysis?**
신장수술을 받은 적이 있거나 신장투석을 받으십니까?
- Do you have diabetes (Insulin or Non-insulin dependent)?**
당뇨가 있습니까 (인슐린이나 비인슐린 의존)
- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant? Are you nursing an infant? YES(예) NO(아니오)**
임신을 했거나 임신을 의심하고 있습니까? 신생아 수유를 하고 있습니까?
- If you have a venous access port, do you need it accessed?**
정맥포트가 있을 경우 진입이 필요합니까?
- Have you had any surgery within the past 6 weeks?**

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine
Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

OUTPATIENT MRI SCREEN - KO

Page 2 of 3



U2393

UH2393KO REV JAN 20

YES(예) NO(아니오)

지난 6 주일 동안 수술을 받은 적이 있습니까?

Have you ever had surgery? 수술을 받은 적이 있습니까?

If so, what type? 있을 경우 무슨 수술이었습니까? _____

In the past week, have you experienced any of the following: nausea/vomiting, diarrhea, fever/chills? If so, please specific?

지난 한 주 동안 메스꺼움증과 구토증이나 설사나 열과 오한과 같은 것들을 경험한 적이 있습니까? 그럴경우 구체적으로 설명해주십시오. _____

PATIENT SIGNATURE 환자성명		DATE 날짜	LEVEL 1/2
WITNESS/RELATIONSHIP 증인/관계	PRINT NAME 이름을 인쇄체로		LEVEL 1/2

Korean Translation by UWMC Interpreter Services

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

OUTPATIENT MRI SCREEN - KO

Page 3 of 3



U2393